

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

N°

388

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

MARCEL LEINBERGER

né à Senones (Vosges) le 27 avril 1891

L'ASTHÉNIE CHRONIQUE TRAUMATIQUE

Description clinique - Médecine légale

Président : M. BALTHAZARD, Professeur



VANNES

IMPRIMERIE A. COMMELIN

12, RUE DE LA MONNAIE, 12

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

N°

388

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

MARCEL LEINBERGER

né à Senones (Vosges) le 27 avril 1891

L'ASTHÉNIE CHRONIQUE TRAUMATIQUE

Description clinique - Médecine légale



Président : M. BALTHAZARD, Professeur



VANNES

IMPRIMERIE A. COMMELIN

12, RUE DE LA MONNAIE, 12

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

LE DOYEN : M. ROGER.

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANCON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	RENON.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
Clinique médicale.	ACHARD.
	VIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	LEJARS.
	HARTMANN.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	RETTÉREZ
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERIBOULLET	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERY	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ (Henri)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

*En témoignage de vive reconnaissance
pour le précieux enseignement
que j'ai reçu d'eux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. BENON

Médecin de l'Hospice général de Nantes

*Qui fut l'inspirateur de ce travail
et nous a aidé de ses bienveillants
conseils.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BALTHAZARD

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de Médecine légale à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin expert près les Tribunaux

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette thèse.*

INTRODUCTION

L'asthénie chronique post-traumatique est d'observation commune, soit à la suite d'accidents du travail, soit du fait des traumatismes de guerre.

On peut considérer l'asthénie chronique post-traumatique comme une variété de neurasthénie chronique, à la condition de ne pas faire de la neurasthénie un syndrome dans lequel rentreraient les troubles constitutionnels de l'émotivité, les obsessions, phobies, etc., autrement dit à la condition de considérer comme fondamentales dans la neurasthénie l'amyosthénie et l'anidéation. Mais ne vaut-il pas mieux laisser au mot neurasthénie le sens que Beard lui a donné dès le début (1869) ? Cet auteur, sous ce vocable, décrivait uniquement les états d'asthénie ayant pour cause le surmenagé et spécialement le surmenage physique. Quelles que soient les préférences personnelles, — asthénie chronique post-traumatique, ou neurasthénie chronique post-traumatique, — nous voulons dans ce travail attirer spécialement l'attention sur la gravité de l'évolution de certains cas d'asthénie post-traumatique, sur l'importance du diagnostic avec les syndromes démentiels par lésions circonscrites uniques ou multiples, et sur l'intérêt des considérations médico-légales que ces faits cliniques entraînent

Durant notre internat, en 1913, dans le service de la Division des Hommes du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice Général de Nantes, nous avons eu l'occasion d'observer et de publier, avec le Dr R. Benon, plusieurs cas d'asthénie chronique post-traumatique. L'un de ces cas a pu être suivi par nous jusqu'à ce jour. Nous le rapporterons en détail, et il nous servira de type clinique pour notre travail.

Voici le plan que nous avons suivi : 1° Généralités et observation personnelle ; — 2° Description clinique ; — 3° Historique ; — 4° Étiologie ; — 5° Diagnostic ; — 6° Médecine légale ; — 7° Conclusions.

CHAPITRE I

GÉNÉRALITÉS ET OBSERVATION PERSONNELLE

Il existe une asthénie traumatique en quelque sorte normale, d'observation courante. Celle-ci est de très courte durée, en général de quelques minutes ou quelques heures, caractérisée par une faiblesse musculaire généralisée, frappante surtout au niveau des membres inférieurs ; le sujet sent ses jambes se dérober sous lui ; il est obligé de s'asseoir ou même tombe avec impossibilité de se relever. En même temps, il éprouve une sensation d'anéantissement de tout son être. Ses idées deviennent confuses, lentes dans leur évocation et leur succession. Il s'y joint quelques troubles vaso-moteurs, notamment la tachycardie et l'hypotension, phénomènes qui ont été particulièrement étudiés au cours du choc traumatique qui, pour nous, est cliniquement un état d'asthénie aigu porté au summum d'intensité.

Cet état d'asthénie peut se prolonger et alors il devient pathologique. Mais il y a des asthénies qui durent peu : quelques semaines ou quelques mois au plus. D'autres formes, dites prolongées, curables peuvent durer plusieurs années. Plus importantes et graves sont celles qui deviennent chroniques. L'incurabilité est alors pour ainsi dire de règle et c'est un cas semblable dont nous rapportons l'observation qui pourra servir de type à la description.

OBSERVATION PERSONNELLE

Auguste Jean, domestique de campagne, quarante-sept ans, entre à l'Hospice Général de Nantes le 12 août 1912.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, soixante-dix-huit ans, journalier, casseur de pierres. Mère épileptique depuis l'âge de quinze ans, morte à cinquante-cinq ans : quatre enfants. Une fille morte à deux mois ; un garçon, charpentier, marié, deux enfants ; une fille, journalière, mariée, très nerveuse, agitée quand quelque chose la contrarie ; elle a eu quelquefois des crises de nerfs ; elle est aussi très craintive, « se fait peur » pour un rien. A noter qu'il n'y a pas d'autres cas d'épilepsie que la mère dans la famille.

Antécédents personnels. — Facile à élever ; pas de maladie grave dans son enfance ni dans sa jeunesse. Il ne sait ni lire, ni écrire ; il calcule bien « de tête ». Il dit : « Je ne suis jamais allé à l'école, ma mère était toujours malade, il fallait qu'on reste à la veiller. » Dès l'âge de neuf ans, il allait de temps en temps garder le bétail. Plus tard il fut domestique. Il n'a fait que quelques mois de service militaire : il a été dispensé par son frère.

Histoire de la maladie. — Le 7 octobre 1902, à l'âge de 27 ans, il reçut un coup de fusil d'un chasseur. Il conduisait sur une route une charrette attelée de trois chevaux ; le plomb l'atteignit principalement au niveau des reins, des cuisses et de la cheville gauche. Il ne perdit pas connaissance. Il put aller à pied jusque chez son patron, soutenu sous les bras. On le transporta, dans la journée même, à l'hôpital de Candé. Il raconte : « Là, je me faisais peur. Par moments, je croyais encore entendre des coups de fusil. » Il en est sorti environ au bout d'un mois, mais n'était pas guéri. Il souffrait surtout de la cheville gauche. Peu à peu la marche devint même impossible,

et il dut se servir de béquilles pour se tenir debout et progresser. Une opération fut jugée nécessaire, elle eut lieu vers le mois de mars 1903 (ablation de grains de plomb). Le malade fut soulagé, mais, pendant deux ou trois mois encore, il se vit obligé de marcher avec des béquilles.

Il dit : « Je marchais mieux sans doute, petit à petit. Mais je manquais de force, de vigueur. Je me faisais des idées que je ne guérirais pas. Ça m'ennuyait de me voir comme ça, moi qui étais si bien portant avant mon accident. Je pensais que je ne pourrais peut-être jamais travailler. Une fois guéri des douleurs, c'était toujours la force qui me faisait défaut. Je n'avais pas la même force qu'avant et il me semblait que, chaque jour, je perdais encore de la vigueur. Ça m'inquiétait, ça me faisait du chagrin de me voir comme ça ; je m'ennuyais. »

Il est resté deux ans environ sans travailler (octobre 1902 à octobre 1904). Dans l'intervalle, en avril 1904, il s'est marié. Les circonstances de cette union sont à préciser. Il venait de toucher, à la fin de l'année 1903, 1.200 francs de dommages-intérêts. Sa sœur voulait se marier, mais elle n'avait pas d'argent, alors elle persuada son frère d'épouser la sœur de son fiancé. Ils se sont mariés le même jour. « Ce sont eux qui m'ont entraîné et ils ont profité de mes sous, » ajoute-t-il mélancoliquement. Sa femme n'était pas forte : elle eut un enfant venu à terme, mais qui mourut le troisième jour.

Le gendre, la femme et les beaux-parents habitaient ensemble. Tant qu'il y eut de l'argent à la maison, ils s'entendaient assez bien. Mais le malade se plaignait toujours et ne travaillait pas. Sa belle-mère « tourna » contre lui. Il dit : « Je n'avais pas la santé bonne, je ne me sentais pas fort. J'ai essayé d'aller en journée, mais c'étaient de « petites » journées. Ça m'ennuyait aussi de me voir dans cet état, moi qui travaillais si dur autrefois. »

En 1905-1906, il quitta la maison, « se plaça à droite, à

gauche. » Il venait voir sa femme de temps en temps ; elle était malade, du reste ; on la soignait pour de la tuberculose pulmonaire. Il explique, pour lui : « Je travaillais quatre mois ici, trois mois là. Je ne restais pas en place parce que je ne pouvais pas faire de gros travaux. Je ne me sentais pas la force. J'avais bonne envie de travailler, mais pas d'énergie. Je ne faisais que ce que je pouvais. J'allais à moins cher.

« Par moments, j'avais des peurs. Depuis mon accident, étant au travail, j'ai tombé deux ou trois fois évanoui par la peur. Je me faisais des idées. C'est plus fort que moi. Ainsi, j'étais à travailler en plein champ, je me faisais peur tout seul, tout par moi. Je songeais dans mon coup de fusil, ça me faisait un saisissement. Naturellement, si je voyais un chasseur, si j'entendais un coup de fusil, je me figurais encore recevoir du plomb et j'étais saisi. La nuit, au moindre bruit, je m'éveille et tremble pendant une demi-heure (troubles de l'émotivité acquis, disposition particulière à l'anxiété). »

Pas d'idées de suicide.

Sa femme est morte en novembre 1911.

Le malade a été amené à l'asile le 12 août 1912 à la suite d'un incendie qu'il a commis en juin de cette année. Il a séjourné deux mois à la prison d'Ancenis : le médecin expert l'a considéré comme aliéné.

État actuel (13 août 1912). — Le malade est un asthénique chronique. Les phénomènes d'amyosthénie sont plus nets que les phénomènes d'anidécation ; le sujet, qui est un manuel, insiste naturellement avant tout sur le fait qu'il ne peut se livrer à de gros travaux, c'est-à-dire à des ouvrages exigeant le déploiement d'une grande force. Il se plaint de céphalée à peu près constante et de douleurs intermittentes dans la jambe gauche, dans les bras. Pas d'anorexie ni insomnie. Cauchemars pourtant par intervalles (excès de boisson).

Au sujet de l'incendie qu'on lui reproche, il déclare simple-

ment : « J'ai mis le feu à un petit tas de bois pour me venger des gens auxquels il appartenait ; quelques jours auparavant ces gens-là m'avaient roué de coups. Je crois que j'avais bu. Je regrette ce que j'ai fait car, jusqu'à ce jour, j'avais toujours eu une bonne conduite. »

28. Fait de petits travaux dans le service.

7 décembre 1912. Travaille assez régulièrement.

Avril 1913. Sortie. Amélioration.

26 novembre 1913. Le malade met le feu à des meules de paille et de foin. Il est poursuivi pour ce crime ; reconnu irresponsable il est à nouveau interné le *12 février 1914.*

Examen le 7 avril 1921. — A l'examen direct A-J est un homme de taille moyenne dont la tête est fortement asymétrique par déformation oblique ovalaire. La physionomie exprime la dépression et la tristesse. L'attitude est celle d'un individu souffreteux.

Il ne présente aucun signe objectif actuel d'alcoolisme.

Réflexivité normale. Les artères sont un peu dures et tendues. Second bruit aortique clangoreux.

Au point de vue mental, son état n'a pas changé. Il n'offre aucun symptôme délirant ; il a conscience de sa situation ; il attribue l'acte qu'il a commis à l'ivresse et regrette ce qu'il a fait. A l'objection que l'ivresse en elle-même n'est pas une excuse, il répond que, depuis son accident, il n'est pas le même : « Si je n'avais pas eu cet accident, je ne serais pas dans l'état où je suis ; j'aurais une bonne conduite, j'aurais de l'argent de placé ; je serais fort et je travaillerais. Ce qui m'a tout changé c'est le *saisissement* que j'ai éprouvé, ce n'est pas la blessure. J'ai été tellement *saisi* à la suite du coup de feu, que j'en ai conservé une peur que je n'ai jamais pu surmonter. Depuis ce moment, je suis sans force, dès que je veux travailler, je suis pris de douleurs dans le ventre et dans les côtes gauches et il faut m'arrêter. Je suis toujours dans le

saisissement. Quand ça me prend, je ne sais plus ce que je fais. Ce n'est que depuis l'âge de 30 ans que je bois, j'étais sobre auparavant. Quand je bois, *je suis moins gêné des nerfs.* » Cette dernière phrase révèle l'origine réelle des tendances à l'ivrognerie du malade. Plongé par les conséquences psychiques de son accident dans une profonde dépression, il s'aperçoit que l'alcool lui procure une stimulation : d'où tendance à en user et abuser.

Au cours de son internement, il a présenté des phases d'amélioration légère, pendant lesquelles il a accompli quelques petits travaux, mais en se plaignant constamment de fatigue. A d'autres moments, il subit des aggravations. De décembre 1920 à mars 1921, il est resté alité, déprimé, se disant incapable de tout effort.

A ce jour, il se lève mais ne travaille pas. Il accuse toujours des craintes, « une sorte de saisissement, qui est « plus fort que » lui », dit-il. Quand je travaillais, je me trouvais heureux, » mais jamais aussi fort qu'avant cet accident. » En résumé, les symptômes asthéniques persistent compliqués de phénomènes d'ordre hyperthymique.

CHAPITRE II

LA DESCRIPTION CLINIQUE

Cette observation est typique par la netteté du syndrome asthénique et les complications qu'il a entraînées. Dans ce chapitre, nous ferons la description clinique de l'affection, de ses complications et nous envisagerons rapidement les formes et aspect qu'elle est susceptible de revêtir.

DÉBUT. — Il est bien évident ici que le traumatisme est à l'origine des accidents, le malade est très affirmatif sur ce point, jamais il ne s'est trouvé dans cet état antérieurement à l'accident. Mais les causes les plus variées peuvent être trouvées à l'origine de l'affection, les traumatismes les plus graves aussi bien que les plus bénins, comme s'il s'agissait avant tout d'une question d'ordre émotionnel. Après une période d'asthénie aiguë immédiate plus ou moins intense, le blessé remis de son traumatisme, se lève, cherche à reprendre ses occupations mais son état « sthénique » n'est pas celui qu'il avait antérieurement ; il a peu de goût au travail, la fatigue le prend rapidement, il éprouve de la courbature surtout le matin et a peine à sortir du lit ; dans la journée, il sent le besoin de s'asseoir souvent et même de se coucher. Néanmoins, il n'attache pas encore trop d'importance à

cette nouvelle situation qu'il attribue à la convalescence de sa blessure et il en *espère* naturellement la terminaison rapide. C'est d'ailleurs aussi l'opinion de l'entourage qui ne prête pas attention à ces phénomènes jusqu'au jour où le malade entièrement guéri de sa blessure, loin de reprendre sa validité antérieure accuse une faiblesse dont il s'inquiète de plus en plus ; on prend conscience qu'une nouvelle maladie s'est développée. C'est dans ce sens que l'on a parlé parfois « d'éclosion » tardive de l'asthénie précédée d'une sorte d'incubation qui, en réalité, était la maladie déjà constituée, mais restée alors dans l'ombre.

PÉRIODE D'ÉTAT. — La période des symptômes confirmés est ainsi ouverte. A l'analyse, ces symptômes sont de deux ordres. Les premiers fondamentaux, constitués par l'asthénie et les troubles psychiques qu'elle entraîne ; les autres accessoires, comme les douleurs, les vertiges, etc.

L'asthénie est générale, constituant la base même de la maladie. Chez notre sujet, nous notons parfaitement ses deux caractéristiques : l'amyosthénie et l'anidéation.

L'*amyosthénie* ou faiblesse musculaire est surtout frappante. Le malade se sent faible et au moindre effort survient la fatigue musculaire ; de temps à autre, il fait de petits travaux, mais au bout de quelques jours, n'y tenant plus, il demande à rester couché et c'est ainsi qu'il passe ses journées, n'ayant goût à rien, sans courage ni volonté. Le matin, c'est pour lui un supplice de se lever, il n'est jamais dispos. La fatigue le prend très vite, il se sent courbaturé, se plaint de douleurs surtout dans la région lombaire.

L'atonie du tube digestif, celle des muscles intrin-

sèques de l'œil donnant l'asthénopie accommodative, les troubles du rythme cardiaque, particulièrement la tachycardie, sont souvent notés. Nous avons observé que l'indice oscillométrique pris à la radiale était le plus souvent faible, la tension artérielle diminuée. Au dynamomètre, la force musculaire à la première épreuve peut paraître normale ou même forte, mais si on réitère l'examen, on constate que la diminution survient avec une rapidité surprenante; les phénomènes s'expliquent par la brusque intensité du mouvement initial et la rapidité de la fatigue : « la violence est la force des faibles » a-t-on dit avec justesse.

L'*anidéation* chez notre malade est moins évidente. C'est un manuel dont les opérations intellectuelles n'ont jamais été très compliquées et ce n'est point le symptôme dont il se plaint le plus. Cependant, le sujet a de la difficulté à penser; il évoque avec lenteur ses souvenirs. L'amnésie est moins une amnésie de conservation que de reproduction, la mémoire des faits persiste, mais elle est très lente à s'établir. Couramment, le sujet égare ses outils, ne sachant plus où il les a déposés, il manque des rendez-vous, etc. L'attention qui nécessite des efforts est surtout troublée, les opérations de raisonnement de calcul, sont très difficiles.

Sur ce fond asthénique se greffent des troubles émotionnels qui sont ici très nets. Ils sont de deux ordres : la *tristesse* et l'*énervement*. La tristesse est facile à comprendre : le malade se sent diminué, au physique comme au moral, incapable de travailler, de gagner son existence et il se trouve le plus souvent incompris; son état n'est pas pris au sérieux; on l'exhorte à l'énergie et

ses efforts infructueux le font considérer comme un geignard, un paresseux : d'où tendance au découragement. Notre malade a cherché dans l'alcool, le stimulant qui lui fait défaut et sous cette influence, son énervement s'est aggravé; il s'est rendu coupable de délits graves qui l'ont amené à l'asile. L'irritabilité, l'impatience, la susceptibilité se trouvent considérablement accusées chez ces malades et les réactions violentes surprennent d'autant plus leur entourage qu'on est habitué à les voir tranquilles et paisibles.

L'asthénie avec secondairement la tristesse et l'énervement constituent donc la base du tableau clinique en pareils cas réalisé.

Accessoirement existent des troubles moins caractéristiques variables se traduisant par des phénomènes douloureux ou des malaises divers. Les *douleurs* les plus fréquentes sont les céphalées, rappelant la céphalée de la neurasthénie à maximum matutinal, céphalée en casque ou plus souvent localisée, subissant des paroxysmes. Les douleurs rachidiennes sous forme de plaques cervicale ou lombaire sont particulièrement fréquentes ainsi que diverses algies siégeant dans les membres, le dos, le cou... d'intensité et de durée variables. A ce propos nous signalerons ce que Bloch a désigné sous le nom de *topoalgie neurasthénique* et qui consiste dans le fait que la région traumatisée peut être le siège de douleurs persistantes.

Le malade accuse très fréquemment des *vertiges* ou au moins des étourdissements, ceux-ci pour ainsi dire constants, des bourdonnements d'oreille, des éblouissements, tous phénomènes vaso-moteurs qui se traduisent

encore par des sueurs subites, des bouffées de chaleurs. Les tremblements, une sensation de constriction thoracique paraissent plutôt relever d'une cause émotionnelle inquiétude ou énervement. A cette dernière cause est souvent redevable l'insomnie très fréquente.

Nous dirons un mot des principales COMPLICATIONS d'ordre psychique et émotionnel qui par leur prédominance peuvent parfois masquer la véritable affection causale : Nous noterons d'abord l'*hypocondrie* : le malade inquiet de sa santé interprète à faux ses symptômes ; il se croit atteint d'une maladie incurable comme la tuberculose, le cancer. Il a tendance au suicide. La *mélancolie* est aussi fréquente. Le malade triste, affecté de son état peut avoir des idées de culpabilité, de ruine, d'indignité. La disposition morbide à l'inquiétude peut encore se manifester sous forme de *phobies*. Notre malade en est un exemple, le fait d'entendre un coup de fusil, un bruit insolite, développe chez lui la peur, le fait trembler. De même on peut observer de l'agoraphobie, de la sidérodromophobie, etc. Un *délire de persécution* avec ou sans sinistrose développée après la blessure, peut naître du fait d'interprétations délirantes de la cause de la maladie, mais ce délire est le plus souvent diffus, épisodique, plutôt qu'organisé. A l'inverse du délire vrai, il est guérissable.

D'après l'intensité des symptômes, on admet certaines FORMES : la forme asthénique pure, dans laquelle les préoccupations psychiques atténuées laissent au premier plan l'amyosthénie et l'anidéation.

La forme hypocondriaque, très fréquente secondaire aux symptômes asthéniques. Le malade incapable

d'effort, déprimé, s'inquiète de sa maladie, il s'irrite de la voir traitée de phénomènes nerveux qu'un peu de courage et de bonne volonté feront disparaître. C'est surtout la forme à énervement, aux idées de suicide.

La forme mélancolique est rare, la plus fréquente est la mélancolie hypocondriaque, état de tristesse avec préoccupations marquées de la santé. Plus rarement, le malade s'accuse de crimes ou de délits. Les idées de suicide sont alors fréquentes.

CHAPITRE III

HISTORIQUE

On peut distinguer dans l'histoire de la névrose traumatique chronique 2 périodes : 1° Une période d'observation clinique ; 2° une période médico-légale.

1° La *période d'observation clinique* commence surtout avec Dupuytren, qui a fait une bonne description de la maladie. Dans le compendium de chirurgie qui date de 1851, on lit aux complications des commotions cette description renouvelée de Dupuytren : « On voit persister de la faiblesse, de l'incapacité pour toute occupation de l'esprit, pour la conversation, la lecture, le travail ; les digestions sont encore difficiles et il s'écoule un certain temps avant que le système musculaire ait repris toute sa vigueur et l'intelligence toute sa force... *On voit même des blessés conserver toute leur vie des traces de l'accident qu'ils ont éprouvé ; tantôt c'est la mémoire qui a souffert ou le jugement qui est demeuré affaibli...* d'autres fois le blessé reste en proie à une sorte de démence, sujet à la céphalalgie, à des vertiges, à des accès épileptiformes ».

Erichsen après Dupuytren fait une bonne étude de la névrose, qui de ce fait a pris parfois le nom de maladie d'Erichsen ou railway spine, parce qu'elle fut observée

tout d'abord chez des accidentés de chemins de fer. Erichsen fait remarquer qu'il n'y a aucun symptôme objectif constant, les troubles surtout d'ordre psychique sont la faiblesse générale, l'incapacité du travail, les troubles de la mémoire, l'irritabilité, les palpitations, la rachialgie. Pour lui, la maladie peut débiter des semaines si ce n'est des mois après le traumatisme. Enfin, il en fait une affection organique par lésion du névraxe ou méningée.

La 2^e période, *période médico-légale* s'étend depuis 1880 à nos jours. Elle débute en somme avec les préoccupations d'indemnité à accorder aux accidentés du travail (loi sur les accidents du travail 1885 en Allemagne; 1898 en France). Cette loi a suscité une foule de controverses au sujet de cette affection, faciles à comprendre en raison de l'absence de signes objectifs et de la simulation possible. Les noms les plus importants à retenir sont Westphall (1885) qui comme Erichsen soutient l'origine organique de cette névrose. Charcot (1889), au contraire, la rattache à l'hystérie ainsi que ses élèves Joffroy qui crée le terme d'hystéro-traumatisme et Gilbert Ballet celui d'hystéro-neurasthénie. Oppenheim (1884-1889) s'attache à la recherche des signes objectifs : anesthésie, rétrécissement concentrique du champ visuel. Il remarque qu'il n'est pas possible de fixer d'une façon certaine le temps nécessaire à la guérison, si celle-ci doit se produire. C'est lui qui donna à l'affection le nom de névrose traumatique, voulant montrer qu'il s'agissait d'une maladie spéciale différente de l'hystérie. Après avoir été organiciste, il admit plus tard la théorie de Charcot.

Knapp (1888), surtout au point de vue qui nous occupe, s'est intéressé à la question. Il a parlé de blessés n'ayant pas réclamé de dommages qui souffraient depuis plus de 20 ans des conséquences de leur accident, les troubles ne s'étaient pas amendés avec le temps. Parmi les symptômes, il signale : la dépression, l'anxiété, la perte de mémoire, l'impossibilité de fixer l'attention, la tristesse, les maux de tête, les vertiges. Il pense qu'il s'agit d'une maladie organique et distingue des cas légers et des cas graves. Les premiers déterminent une diminution de la valeur individuelle ; le malade peut néanmoins encore gagner sa vie mais il est déprimé, se fatigue vite et présente des troubles du caractère : « On regarde cela comme des bagatelles, dit Knapp, et aucun jury ne voudrait accorder une indemnité à un plaignant pour ce motif. Il n'en est pas moins vrai que ces bagatelles sont ce qui rend la vie heureuse ou malheureuse, que cet état persiste souvent des années et que même le patient peut ne jamais recouvrer son ancien équilibre moral, sa tranquillité antérieure et la considération d'autrui. » Pour les cas graves, le pronostic est plus mauvais et il l'est d'autant plus qu'il y a des signes plus nets de lésion organique (Knapp est organiciste).

Vibert (1893) étudiant la question pense qu'il s'agit d'une névrose spéciale, qui se produit tantôt dans des cas où il existe des lésions disséminées des centres nerveux notamment de l'écorce cérébrale, tantôt et plus souvent dans des cas où ces altérations matérielles feraient défaut. En ce qui concerne la prédisposition, il considère qu'elle ne joue « qu'un rôle très secondaire et le plus souvent nul ».

A côté de nombreux autres auteurs que nous ne pouvons que mentionner, tels que Page, Bouveret qui insiste sur la ténacité des symptômes et la gravité du pronostic, Crocq fils (1896) qui considère, comme Vibert, qu'il y a des névroses traumatiques graves engendrées par un ébranlement du cerveau et des névroses bénignes purement fonctionnelles, qui ne relèveraient que de la frayeur, nous nous arrêterons un instant sur le travail de Köppen (1900) dont la description de l'asthénie est à retenir. Après avoir parlé de leur inaptitude au travail évidente, malgré des apparences de bonne santé, il écrit : « Ce sont au demeurant des malades très oublieux, ... il faut souvent leur mettre tout par écrit. Leur capacité de penser a souffert ; on le voit parfois dans la lenteur de leur cogitation ... Ce qu'ils préfèrent, c'est rester plongés dans une morne apathie ; tout entretien leur est à charge. Cette allure est tellement caractéristique qu'elle est la pierre de touche pour la distinguer de ceux qui exagèrent leurs plaintes. Ces derniers, après un certain temps de séjour à l'hôpital, prennent part à la conversation et saisissent avec plaisir l'occasion de tuer le temps, en jouant aux cartes, tandis que les vrais malades en question évitent tout jeu, toute conversation, parce que cela constitue pour leur cerveau un trop grand effort ... A côté des « faibles signes objectifs » (accélération du pouls, rougeur de la face, etc.) que signalent les rapports médico-légaux, signes irréguliers et inconstants, on ne saurait être frappé de la ressemblance des plaintes formulées par tous ces malades, homonymie des malaises subjectifs, qui permet à elle seule de conclure à leur bien fondé. »

Signalons quelques-uns des nombreux travaux postérieurs à Koppen : la thèse de Aucourt (Paris, 1903) qui insiste sur la nécessité de la terminaison rapide du procès, la communication de Francotte (1904) pour qui l'émotion choc est le facteur dominant de la névrose, de Régis (1906) qui montre la gravité de l'association de la neurasthénie traumatique et de l'artério-sclérose. Dans son traité de médecine légale, le Professeur Balthazard insiste sur la difficulté du pronostic : « la prompt solution du procès, écrit-il, amène souvent une amélioration marquée, mais il ne faudrait pourtant pas exagérer la bénignité du pronostic, car Francotte a rapporté l'observation de plusieurs accidents indemnisés depuis longtemps et dont l'état avait été malgré cela en empirant. »

Nous mentionnerons enfin tout particulièrement l'important ouvrage sur cette question de notre maître, le Dr R. Benon (1913), dont nous avons adopté les conclusions, les communications des Drs Ollive et Le Meignen, de J. Roux, etc.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

LES CAUSES DÉTERMINANTES de l'asthénie traumatique sont relativement faciles à préciser. On peut les distinguer en causes directes, prochaines et en causes médiales moins facilement appréciables.

Les causes directes immédiates résultent du traumatisme lui-même. A l'analyse, elles peuvent se réduire à trois : la *douleur physique* facteur important d'épuisement, la *douleur émotionnelle* en l'espèce la frayeur causée par l'accident. Un choc émotionnel même en dehors d'un traumatisme peut être à l'origine de phénomènes asthéniques. C'est le facteur que font intervenir de préférence la plupart des auteurs. Enfin la *commotion cérébrale* qui à elle seule est à l'origine de nombreux cas de névrose traumatique.

Les causes prochaines sont les douleurs qu'engendre le traumatisme, douleurs physiques fréquentes ou douleurs émotionnelles telles que l'inquiétude de perdre une situation, de ne pas guérir, de rester à la charge des siens, les hallucinations qui occasionnent l'anxiété, etc... Ces douleurs physiques ou morales sont des facteurs d'épuisement à noter.

Quant aux causes médiales : ce sont les prédispo-

sitions à l'asthénie, l'âge avancé, facteur important de chronicité (Lecaplain). Un état organique antérieur acquis, artério-sclérose par exemple, syphilis ou simplement constitutionnel peut favoriser le développement et la chronicité d'une asthénie.

Ces causes interviennent certainement d'une façon fréquente et peut-être ont-elles une très grosse importance.

Ceci nous amène à l'étude de la PATHOGÉNIE de l'asthénie. Les théories émises peuvent se réduire à trois : la théorie de la névrose pure par perturbation nerveuse, les théories anatomiques par lésions du névraxe, les théories faisant intervenir les viciations humorales.

La *théorie de la névrose* attribue au système nerveux la part dominante, il s'agit d'un trouble sympathique ou central, purement fonctionnel. C'est la théorie de Charcot. Cette théorie s'appuie sur le fait de l'inconstance ou l'absence de lésions anatomiques appréciables, le mode de développement de la maladie, la brusquerie du début, l'intensité des symptômes qui ne paraît pas en rapport avec l'importance du traumatisme, l'origine émotive, l'influence parfois heureuse de la psychothérapie (Charcot et à sa suite nombre d'auteurs la rattachait nous l'avons vu à l'hystérie). Sa guérison fréquente, les alternatives de périodes d'asthénie et d'état normal, la possibilité de la transformation en un état diamétralement opposé, l'hypersthénie sont autant d'arguments qui militent en faveur d'un trouble fonctionnel.

La *théorie anatomique* par altération du névraxe

s'appuie sur un certain nombre d'observations dans lesquelles on a trouvé à l'autopsie des lésions par hémorragie, abcès ou leurs reliquats au niveau de l'encéphale, de la moelle ou des méninges, mais sans localisation systématisée. Erichsen le premier rattacha à cette cause les troubles nerveux qu'il a décrit. Les principaux protocoles d'autopsies publiés en faveur de cette théorie sont ceux de Serre (1835), Sperling (1890), Vigoureux (1908), Hasche Klinder (1908). Expérimentalement Scaglioni a reproduit ces lésions en traumatisant le crâne d'animaux à l'aide de chocs répétés. Il provoqua de la sorte des phénomènes de commotion qu'il homologua aux troubles de la névrose traumatique. Tous ces faits n'entraînent pas la conviction. Si l'on veut bien admettre avec G. Ballet, Pierret, Vibert, Ollive et Le Meignen que, dans les traumatismes graves, les phénomènes observés relèvent bien de cette pathogénie, il semble que, dans les traumatismes légers, cette hypothèse ne peut pas être de mise, tout au plus peut-on accorder à l'artérite une importance plus grande, surtout comme facteur de gravité, ainsi que l'a montré Régis.

Plus intéressantes et semblant davantage se rapprocher de la vérité sont les *théories par viciation humorale*. Un apport insuffisant de matériaux de nutrition, au cours des anémies par hémorragie, infection, intoxication chronique, chlorose, peut expliquer l'asthénie observée en pareil cas. Sous l'influence des doctrines de Bouchard, l'asthénie a été rattachée au ralentissement de la nutrition. On a fait jouer le même rôle à l'auto-intoxication, digestive par troubles

intestinaux, entérite chronique. Plus importante encore est l'asthénie d'ordre toxique observée au cours du diabète, au cours de l'azotémie surtout, dont la lassitude, l'inaptitude au travail physique et intellectuel sont au nombre des principaux symptômes. Le choc traumatique qui, pour nous, est un état d'asthénie aigu, peut être dû dans sa variété secondaire à une intoxication azotée. Les travaux de Quénu, Delbet, Cannon ont montré qu'il était provoqué par la résorption de produits toxiques libérés par le broiement des tissus dans les grands traumatismes. Delbet a reproduit expérimentalement les phénomènes de choc par injection d'auto-lysats musculaires. Enfin, les analyses de sang de choqués faites par Duval et Grigaut ont montré la prédominance des substances azotées non protéiques.

La théorie de l'origine glandulaire de l'asthénie est actuellement à l'ordre du jour. Récemment, Pr. Merklen, A. Duvaux et A. Desmoulière rattachaient les asthénies des syphilitiques à des troubles polyglandulaires. Et, en effet, cette théorie endocrinologique nous paraît séduisante. La surrénale et le corps thyroïde semblent devoir être particulièrement incriminés. On connaît l'asthénie classique des addisonniens et on ne peut ne pas être frappé de la ressemblance du syndrome d'Herthog avec celui de Beard. Dans les deux, nous trouvons la fatigue matinale, la diminution de la mémoire et de l'activité, l'apathie intellectuelle, la fatigabilité, la céphalée frontale, occipitale, les douleurs névralgiques, la frilosité, les frissonnements, etc. Un examen attentif d'un asthénique permet souvent de

retrouver des signes de déficience d'une ou plusieurs glandes endocrines. Mais cette conception se heurte à une importante objection : comment cette déficience peut-elle s'établir subitement à la suite d'un traumatisme ? On peut supposer, par exemple, que le traumatisme a été la cause occasionnelle qui a révélé et aggravé des altérations glandulaires jusque là latentes, d'origine syphilitique ou rhumatismale par exemple. D'autre part, on n'ignore pas qu'un choc émotionnel peut suffire à lui seul à déclancher une perturbation dans le fonctionnement d'une glande à sécrétion interne ; certains goitres exophtalmiques à début brusque ont paru relever de cette pathogénie. Ne pourrait-il en être de même pour l'asthénie traumatique ?

Nous ne nous dissimulons pas qu'en l'état actuel de nos connaissances, la preuve peut difficilement être apportée du bien fondé de cette théorie. Cependant un examen clinique attentif, l'épreuve du traitement spécifique ou opothérapique permettrait dans certains cas de rapporter à leur véritable origine ces phénomènes d'ordre asthénique qu'il répugne un peu de toujours considérer comme purement « nerveux ».

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le *diagnostic positif* de l'asthénie traumatique est facile. Il repose sur la constatation du syndrome asthénique succédant à un traumatisme. Le développement de phénomènes d'amyosthénie et d'anidéation est de constatation aisée. Nous y avons suffisamment insisté dans notre description clinique pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir ici. Seules, les complications délirantes surtout, pourraient faire errer le diagnostic, telles l'hypocondrie, la mélancolie ou les idées de persécution surajoutées. On s'attachera à rétablir la filiation des phénomènes : les idées délirantes sont secondaires à l'asthénie qu'on retrouve toujours au premier plan ; de plus le délire ne revêt jamais une systématisation nette et il est le plus souvent épisodique.

Dans la psychasthénie, à l'anidéation se joignent les obsessions ; or, nous avons vu que les phobies sont fréquentes dans l'asthénie traumatique ; le malade de notre observation en présente un beau type et chez lui cette complication paraît augmenter d'intensité avec le temps. On fera le diagnostic en s'appuyant sur la notion de l'amyosthénie qui n'existe pas dans la psychasthénie de Janet.

Le *diagnostic différentiel* se posera avec la *confusion mentale* traumatique et l'*amnésie* traumatique simple. Dans la confusion mentale le sujet présente des troubles de la perceptivité et de la reconnaissance ; les sensations

relatives aux lieux, aux personnes, aux choses, sont altérées et le malade ne s'en rend pas compte. Il en résulte une désorientation profonde dans le temps et l'espace, d'où l'aspect égaré, hébété du sujet, son activité incohérente, etc., phénomènes que l'on ne retrouve pas dans l'asthénie traumatique. Enfin, fait très important, la confusion mentale ne s'accompagne pas d'amyosthénie.

L'*amnésie traumatique* ne pourrait être confondue avec l'asthénie chronique qu'au cas où elle se prolongerait au delà des limites habituelles et encore ne devient-elle jamais chronique. Au début on pourrait interpréter la difficulté qu'éprouve le sujet à évoquer ses souvenirs par de l'anidéation, mais les caractères propres de l'amnésie, l'absence d'amyosthénie permettront le diagnostic.

La démence précoce, la paralysie générale post-traumatique et surtout la démence traumatique constitueraient plus aisément des causes d'erreur.

La *démence précoce*, la *démence paralytique* peuvent se manifester au début sous forme de phénomènes d'asthénie, il suffira le plus souvent que l'attention soit attirée sur ces affections pour que la constatation de leurs caractères propres impose le diagnostic.

Plus difficile à différencier du syndrome asthénie est la *démence dite traumatique*. Les auteurs allemands avec Mœli, Wesphall et surtout Köppen ne distinguent pas la neurasthénie traumatique chronique de la *démence traumatique* ; ils la confondent même ; c'est une erreur d'ailleurs commise fréquemment surtout dans les cas de syndrome démentiel peu accusé. Voici quels seront les éléments du diagnostic : chez l'asthénique, la mémoire

est intacte à proprement parler, mais le rappel des souvenirs est lent, pénible, difficile ; chez le dément la mémoire est diminuée par suite de la disparition réelle de certains souvenirs, il ne parvient pas à évoquer un souvenir, parce que dans son cerveau la trace en est effacée. L'asthénique est attentif, mais il se fatigue très vite, il lit, écrit, calcule au prix de grands efforts et de douleurs de tête ; le dément est capable de quelque attention, il peut fixer son esprit sur une question posée, n'accuse jamais la confusion dans les idées, avec fatigue rapide et extrême qu'éprouve si nettement le déprimé. Le jugement, le raisonnement sont normaux chez l'asthénique ; chez le sujet affaibli intellectuel, ils sont toujours atteints à un certain degré ; le malade ne se rend qu'incomplètement compte de sa situation nouvelle, des conséquences de sa maladie et pour lui et pour les siens ; chez l'asthénique les troubles de l'émotivité sont liés directement au syndrome lui-même : voyant son avenir compromis, sa vie brisée, le malade est naturellement disposé à s'inquiéter ou à s'attrister de son état, il devient souvent très irritable, très coléreux ; chez le dément les réactions émotives sont moins vives, dépourvues de logique, on observe un état de sensiblerie plus ou moins mal motivé ; enfin le dément n'est pas amyosthénique, il accuse rarement la céphalée, la rachialgie, les vertiges si fréquents chez l'asthénique chronique. Ajoutons que dans les états démentiels on observe presque toujours des signes somatiques de haute valeur clinique, mais il est des cas où démence et asthénie s'associent en un complexe dont le diagnostic devient alors très délicat.

CHAPITRE VI

MÉDECINE LÉGALE

L'importance médico-légale de l'asthénie traumatique chronique ne saurait échapper et la question est d'importance, puisque outre les nombreux accidents du travail dont elle constitue une complication fréquente et qu'il faut solutionner, cette affection a pris fréquemment naissance au cours des hostilités dans la récente guerre et a du provoquer des expertises en vue de l'établissement d'une pension.

Plusieurs questions peuvent être posées au médecin-légiste à son sujet. Tout d'abord et peut-être la plus importante : l'affection existe-t-elle réellement et n'a-t-on pas affaire à un simulateur ou au moins à un exagérateur ? L'examen clinique peut trancher la question. Nous avons vu que les symptômes subjectifs sont difficiles à simuler d'une façon constante. Nous avons signalé l'importance que Köppen attachait à l'« apathie » de ces malades que rien n'intéresse. La fatigabilité est également caractéristique. Röder expérimentant celle-ci sur différentes personnes niait la possibilité d'une simulation parfaite. Il nous paraît difficile de pouvoir simuler d'une façon durable l'amyosthénie et l'anidéation avec le complexe d'émotions qui les compliquent et si des erreurs

ont pu être commises, c'est que vraisemblablement l'observation fut de trop courte durée et les renseignements erronés. Les symptômes objectifs sont malheureusement trop peu nombreux et variables pour qu'on puisse faire fond sur eux.

Une deuxième question à résoudre est celle de savoir si c'est bien le traumatisme la cause de la maladie. Ici on est obligé d'avoir recours à la bonne foi du sujet et surtout aux renseignements de l'entourage. Avant l'accident, le malade accomplissait telle besogne qu'ensuite il déclare être au dessus de ses forces ; les symptômes morbides qu'on observe chez lui datent bien de l'accident. On est bien obligé d'admettre dans ces cas une relation de cause à effet du traumatisme à l'asthénie.

La question pour ainsi dire insoluble à résoudre est celle de la chronicité. Le sujet guérira-t-il ou non ? Au début des accidents, on ne peut se prononcer ; la chronicité n'est point du tout fatalement fonction de l'intensité des troubles du début, il n'existe pas de signe permettant de reconnaître les cas graves ; on ne peut guère prévoir quelle sera l'évolution, si le sujet guérira complètement, s'il deviendra dans la suite maniaque, périodique ou un asthénique chronique. On voit des asthénies prolongées durant de nombreuses années. Pratiquement et c'est seul l'expérience des faits qui semble le démontrer, on peut considérer comme devant être incurable une asthénie durant depuis plus de 6 ans.

Au point de vue du taux de l'invalidité, il y a à tenir compte du degré de l'asthénie et de l'importance de ses complications. Une asthénie modérée, mais qui chez un

sujet prédisposé a donné naissance à un délire hypocondriaque ou de persécution ou de revendication, doit être indemnisée dans la mesure où ces dernières entravent les capacités professionnelles du malade. Il faut savoir que ces complications naissent tardivement et ont tendance à s'accroître avec le temps ; aussi y a-t-il intérêt à indemniser d'emblée et rapidement le malade à un taux relativement élevé, quitte à l'abaisser ensuite, s'il se produit quelque amélioration, mais on ne peut se dissimuler que la question est fort difficile à résoudre. Le nombre d'ouvriers agricoles, par exemple, qui, depuis la guerre, en l'absence de toute blessure ou maladie organique déterminée, se sont déclarés incapables de reprendre leurs durs travaux d'autrefois est immense. Ils se sont employés ailleurs, mais il n'est pas douteux que leur valeur professionnelle a effectivement diminué. La plupart ne songent pas à demander d'indemnité et d'ailleurs la mesure d'invalidité chez ces petits asthéniques chroniques semble bien difficile à déterminer ; seuls les cas d'asthénie marqués consécutifs à un traumatisme vérifiable paraissent justiciables d'une pension.

Néanmoins, dans tous les cas nets, il nous paraît juste et utile de solutionner à l'avantage du malade et rapidement ces incapacités ; après bien entendu un examen impartial et approfondi. De même, il est juste au cas de suicide du malade d'indemniser les familles, lorsqu'il est démontré que le suicide est bien sous la dépendance de troubles résultant de phénomènes asthéniques post-traumatiques.

VII. CONCLUSIONS

1° Il existe, à la suite des traumatismes « crâniens » ou « périphériques », des états d'asthénie chronique simple ou compliquée ;

2° Les formes simples sont celles dans lesquelles il n'existe que de l'amyosthénie et de l'anidéation avec rachialgie, céphalée, étourdissements, etc. Les formes compliquées sont celles dans lesquelles on voit se développer de la mélancolie, de l'hypocondrie, du délire de persécution, de la sinistrose, etc. ;

3° Les asthénies chroniques post-traumatiques ne doivent pas être considérées comme certainement incurables : on peut voir une asthénie chronique disparaître au bout de 3, 4, 6 ans. Il est vrai que, dans la grande majorité des cas, l'affection ne guérit pas ;

4° Au point de vue diagnostic, l'asthénie chronique traumatique doit être distinguée de la démence traumatique dite organique, par lésions circonscrites multiples, de la démence précoce et de la démence paralytique post-traumatiques, etc. Les symptômes cardinaux dans l'asthénie post-traumatique sont en relation avec les phénomènes dits d'épuisement nerveux ; dans les démences post-traumatiques, il s'agit, au contraire, d'affaiblissement intellectuel par lésions organiques ;

5° Au point de vue étiologique, l'asthénie traumatique est généralement considérée comme une névrose sans substratum anatomique. Dans quelques autopsies, on a trouvé des lésions fines du névraxe, mais elles sont inconstantes. On peut se demander si des perturbations dans le fonctionnement des glandes à sécrétion interne, notamment des surrénales et de la thyroïde, ne sont pas à l'origine des accidents ;

6° Médico-légalement, l'asthénie chronique post-traumatique a une importance considérable. Elle est souvent difficile à apprécier au point de vue qualitatif et quantitatif. Dans de nombreux cas, elle diminue considérablement et d'une façon définitive la capacité sociale du blessé.

Le Président de la Thèse,
BALTHAZARD.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPEL.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

BALTHAZARD. — *Médecine légale*, 1921.

BENON (R.). — *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques*, 1913, Paris, éditeur Steinheil; — Les névroses traumatiques. *Gaz. des hôp. de Paris*, 1913, p. 1535 et 1591, 30 août; — L'asthénie chronique traumatique. *Gaz. des Hôp. de Paris*, 1914, p. 631, n° 39, 2 avril, en collab. avec Leinberger; — Asthénie traumatique et dysthénie périodique. *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1914-1915, n°s 5 et 6, sept.-déc. En collab. avec Leinberger; — Les psychoses traumatiques. *Cong. jub. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, Gand, 1920, sept.

BERARD, C. DENONVILLIERS père et fils, GOSSELIN. — *Compendium de chirurgie pratique*; II; p. 603 et suiv.

BLUM. — *L'hystéro-neurasthénie traumatique* (Railway spine), Paris, 1893.

BOUVERET. — *La neurasthénie épuisement nerveux*, Paris, 1891.

CHARCOT (J.-Th.). — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, III, p. 441; — *Leçons cliniques du mardi*, 1888 et 1889, p. 36, 133. *Gaz. des hôp.* 6 déc. 1888, p. 1293.

- CHOPARD (E.). — *Névrose traumatique et loi sur les accidents du travail* ; Thèse de Paris, 1906.
- DUPUYTREN. — *Leçons orales de clinique chirurgicale*, 1832, II, p. 494 ; — *Traité théorique et pratique des blessures*, 1834, I, p. 235 et suiv.
- DUPRÉ. — Émotion et commotion : *Rev. scientif.* 1918, 2 nov., p. 648-652.
- ERICHSEN. — *On railway and other injuries of the nervous system*, London, 1866.
- FORGUE et JEANBREAU. — *Guide du médecin dans les accidents du travail*, 1914.
- FRANÇAIS (H.) et BESSIÈRE (R.). — Les séquelles psychiques des blessés du crâne et des commotionnés. *Rev. Neurolog.*, 1918, I, p. 305, n^{os} 5 et 6.
- KNAPP. — *Affections nerveuses consécutives aux traumatismes : railway spine, railway. Brain*, 1888 ; — *Neurasthénie et hystérie traumatiques. Brain*, XX, p. 385.
- KOPPEN. — De l'atteinte de l'encéphale à la suite des traumatismes. *Arch. für Psychiat.*, 1900, XXXIII, p. 568.
- LECAPLAIN (J.). — *Suites médicales tardives des affaires judiciaires relatives à l'hystéro-traumatisme*. Thèse de Paris, 1906.
- LÉPINE. — *Troubles mentaux de guerre ; solutions militaires*. 1917, Masson.
- LERI (A.). — Les commotions des centres nerveux par éclatement d'obus. *Revue générale de pathologie de guerre*, 1916, n^o 2, p. 169.
- OLLIVE et LE MEIGNEN. — Le Pronostic dans les troubles nerveux post-traumatiques : hystéro-trau-

matisme et névrose traumatique. *Gaz. médic. de Nantes*, 1909, XXVII, p. 777; — *Les accidents du travail. Médecine légale, jurisprudence.*

PAGE. — *Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion and nervous short in their surgical and medico-légal aspects*; 2^e édit. 1885.

PITRES (A.) et MARCHAND (L.). — Les séquelles subjectives du syndrome commotionnel chez les blessés cranio-cérébraux. *La Presse médicale*, 1918, I, p. 253.

RÉGIS. — La neurasthénie traumatique chez les artérioscléreux. *Journ. de méd. lég. psychiat. et d'anthropologie crimin.*, 1906, n^o 1, p. 3.

ROUX (J.) — *Les névroses post-traumatiques*, 1913.

VIBERT. — Précis de méd. lég., 1903, 6^e édition, p. 313 et 317; contribution à l'histoire de la névrose traumatique. *Ann. d'hyg. pub. et de médéc. lég.*, 1893; — *la névrose traumatique, études médico-légales sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer, et les traumatismes analogues.* Paris, 1893.

SCAGLIOSI. — *Semaine médicale*, 1898, p. 478.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION. — Asthénie chronique post-traumatique et neurasthénie traumatique. — Plan du travail.....	5
CHAP. I. — Généralité et observation personnelle — Asthénie traumatique normale et asthénie traumatique chronique. Observation	7
CHAP. II. — La description clinique. — Début. Période d'état. Complications. Formes.....	13
CHAP. III. — Historique. — Période d'observation clinique. — Période médico-légale.....	19
CHAP. IV. — Étiologie. — Causes directes, prochaines, médiates. — Pathogénie : théorie névrosique, théorie anatomique, théories humorales.....	24
CHAP. V. — Diagnostic. — Diagnostic positif. — Diagnostic différentiel : confusion mentale, amnésies, démences..	29
CHAP. VI. — Médecine légale. — Syndrome réel ou simulé. — Cause directe? Chronicité. Taux de l'invalidité	32
CHAP. VII. — Conclusions.....	35
CHAP. VIII. — Bibliographie.....	37
